

様式第2号 (第4条、第8条、第11条、第12条関係)

療育手帳 (新規交付・転入・再判定・再交付) 申請書

令和 年 月 日

(あて先) 浜松市長

(児童相談所扱・障害者更生相談所扱)

(署名又は記名押印をしてください)

(本人または保護者) 申請者氏名

療育手帳の(新規交付・転入・再判定・再交付)を受けたいので次のとおり申請します。

① 本人	フリガナ							性別	男 女	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	氏名													
	個人番号													
	住所	〒 _____ 区 アパート名等 _____												
② 保護者	フリガナ					続柄	性別	男 女	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	
	氏名													
	住所	〒 _____ 市 _____ □ 本人と同住所 アパート名等 _____												
③ 電話番号	手帳の保護者欄に記載される番号	_____ - _____				面談等連絡先	□ 手帳の保護者欄に記載される番号と同じ _____ - _____ ( 自宅 ・ 携帯 (続柄) )							
④ 身体障害者手帳が (ある・ない・申請中)	障害名	肢体・視覚・聴覚・音声言語・心臓・呼吸器・その他( _____ )												
	手帳番号	静岡県 ( _____ ) 浜松市 第 _____ 号	等級	( _____ ) 級										
⑤ 再判定	(理由) 1 再判定時期到来 2 障害程度の変化 3 身体障害者手帳の取得	(療育手帳 交付番号)												
⑥ 再交付	(理由) 1 破損 2 紛失 3 写真変更 4 記載欄終了 5 浜松市の手帳に切り換え 6 その他 _____	静岡県 浜松市・ _____ 第 _____ 号 (障害の程度)												
⑦ 転入	次期再判定まで、前住所地の療育手帳の使用を希望 (する・しない) 前住所地の判定資料を活用した判定を希望 (する・しない) ⇒希望する場合、別紙「申出書」を提出 ⇒希望しない場合、新規申請同様に浜松市での検査・聞き取りが必要													

(18歳になって初めて再判定を受ける方)

判定にあたり、浜松市児童相談所の相談・判定記録を活用することに同意します。

(署名又は記名押印をしてください) (申請者氏名)

写真	有・無(面接日に持参)	判定日に有・無	判定機関	児童相談所・更生相談所	
判定面接日	月 日 ( ) 時 ~		判定年月日	令和 年 月 日 来・巡	
国籍	(日本語 可・不可)		療育手帳交付番号		
連絡事項	受付者 ( _____ )		入	交付日	令和 年 月 日
			力	障害の程度 ( 前回 )	
			欄	(ケースNo.)	
受取希望区: 中・東・西・南・北・浜北・天竜			次期判定年月	令和 年 月 ・ 不要	